1895
Lane Medical Library

Über Haematokele retrouterina und ihre Behandlung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie,
welche
mit Genehmigung der hohen medizinischen Facultät
der
vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg
Mittwoch, den 7. August 1895
Vormittags 10 Uhr
zugleich mit den Thesen
öffentlich verteidigen wird

Johannes Elschner
aus Prettin.

Referent: Herr Prof. Dr. Fehling.
Opponenten: Herr A. Höfer, Cursist.
Herr Wenzel, cand. med.

Halle a. S.
Druck von Wischan & Wettengel.
1895.

Imprimatur

Hitzig,

h. t. Decanus.

Seinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0256

Wenn auch schon bei Hippokrates und Galenus sich Andeutungen finden, wonach wir vermuten können, dass die Blutgeschwülste des Beckens schon im Altertum bekannt waren, so gebührt doch unzweifelhaft den Franzosen das Verdienst, diese Geschwülste anatomisch und klinisch analysiert zu haben.

Zuerst veröffentlichte Récamier im Jahre 1841 einen Aufsatz über die „tumeurs fluctuantes du petit bassin"; aber erst Nélaton (Gaz. des hôp. 1851) stellte ausgiebigere Forschungen über diese Geschwülste an. Er nannte die Beckenblutgeschwulst Haematokele retrouterina und definierte ihren Begriff folgendermassen: „Die Haematokele retrouterina ist ein Tumor, der durch einen mit der Ovulation in Zusammenhang stehenden Bluterguss zustande kommt, seinen Sitz nur in dem vom Peritoneum umkleideten Teile des Douglas'schen Raumes hat und durch eine adhäsive Peritonitis sekundär abgekapselt ist.

Er nahm also an, dass der Bluterguss nur intraperitoneal sitzen könne und dass die Blutung stets das Primäre sei.

Nur kurze Zeit darauf stellte sein eigener Schüler Viguès (Thèse. Paris 1850) die Behauptung auf, dass alle Haematokelen nur einen extraperitonealen Sitz hätten. Durch Nélaton bewogen liess er jedoch bald wieder seine eben gewonnene Ansicht fahren. Zu gleicher Zeit erklärte Huguier (Bulletin de la Société de Chirurgie 1851), dass die Beckenblutgeschwulst sowohl extra- als auch intraperitoneal sitzen könne. Um diesen Punkt drehte sich nun lange Jahre hindurch der Streit, bis J. Kuhn

im Jahre 1871 durch seine Schrift: „Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe“ an Fällen aus der Frankenhäuser'schen Klinik in Zürich nachwies, dass es sowohl intra- als extraperitoneale Beckenblutgeschwülste gäbe.

Man bezeichnet seitdem die intraperitoneal sitzenden Blutergüsse als Haematokele und definiert ihren Begriff etwa so: Die Haematokele retrouterina ist eine pralle abgekapselte Blutgeschwulst im Douglas'schen Raume, die den Uterus nach vorn gegen die Symphyse, das Rektum nach hinten gegen das Kreuzbein drängt. Den extraperitoneal sitzenden Geschwülsten gab man den Namen Haematom.

Wie kommt nun eine Haematokele retrouterina zustande?

Der Douglas'sche Raum ist bei leerer Blase und leerem Rektum ein Hohlraum, in den sich gewöhnlich Darmschlingen, dem Gesetz der Schwere folgend, hinabsenken. Füllt sich die Blase, so wird der Uterus, der mit seinem Fundus in normaler Lage auf dem Blasenvertex ruht, gehoben und nach hinten gegen das Rektum gedrängt, so dass der Douglas verschwindet, und das Peritoneum der hinteren Uteruswand mit dem vorderen Peritonealüberzuge des Rektums sich berührt. Der Verschluss des Douglas geht noch schneller und vollständiger vor sich, wenn zugleich auch das Rektum gefüllt ist.

Findet eine Blutung statt, so muss das Blut, ebenso wie die Darmschlingen sich nach unten senken. —

Über das Zustandekommen der Abkapselung existieren zwei Ansichten.

Nach der einen ruft das im Douglas angesammelte Blut einen Reiz auf das Peritoneum hervor; es entsteht eine adhäsive Peritonitis, die Darmschlingen verkleben miteinander und mit den Nachbarorganen und der Douglas ist abgekapselt. Kommt es nun zu einer neuen Blutung in diesen Raum, so entsteht das, was als

Haematokele retrouterina bezeichnet wird. Fritsch suchte auf experimentellem Wege diesen Vorgang nachzuweisen. Er injicierte Kaninchen-Blut in den Douglas, um sich zu überzeugen, das dieses eine adhäsive Peritonitis und dadurch eine Abkapselung des Douglas zur Folge haben müsste.

Seine sämtlichen Versuche hatten aber ein negatives Resultat; das injicierte Blut wurde resorbiert, ohne Erscheinungen zu machen. Trotz dieser Resultate hält Fritsch die Blutung für primär, die Abkapselung für sekundär. Andere halten die Abkapselung für das erste, die Blutung für das zweite. Sie meinen, dass durch alte Peritonitiden und Perimetritiden zwischen der hinteren Uterus- und vorderen Rektumwand sich Pseudomembranen gebildet und den Douglas abgekapselt haben.

Wahrscheinlich sind beide Ansichten richtig; es kann sowohl auf dem einen, wie auf dem anderen Wege eine Haematokele retrouterina entstehen.

Woher stammt nun das ergossene Blut?

Über diesen Punkt sind die Ansichten noch ungemein verschieden. Sicher ist wohl, dass das Blut aus verschiedenen Organen ergossen werden kann, und dass es falsch ist, wenn Dock in seiner Arbeit behauptet, das Blut stamme stets aus den Ovarien, Fritsch hingegen, die Haematokele entstehe stets aus einem Tubenabort.

Nélaton, welcher behauptete, dass die Entstehung der Haematokele mit dem Eintritt der Menses zusammenfalle, war der Meinung, die Blutung erfolge aus einem geplatzten Graaf'schen Follikel. Ihm schlossen sich in der ersten Zeit fast alle Gynäkologen an; es sollte die Haematokele sich immer während der Menstruation oder doch wenigstens unmittelbar im Anschluss an dieselbe bilden.

Diese Annahme Nélatons wird auch bestätigt in der Arbeit von Oberer; in den von ihm angeführten Fällen trat die Erkrankung 28 mal im Anschluss an die Menses auf.

Ein ganz anderes Resultat ergiebt sich nach unseren Fällen. In 5 Fällen war die letzte Periode nicht genau festzustellen; in den übrigen 34 Fällen trat die Erkrankung ein

22mal nach längerem Ausbleiben der Menses,
8mal in der Zwischenzeit,
3mal während der Menstruation,
1mal im direkten Anschluss an dieselbe und
1mal nach 20jähriger Menopause.

Danach könnte ich mich der Nélaton'schen Ansicht nicht anschliessen. Dagegen ist wohl nicht in Abrede zu stellen, dass alles, was geeignet ist, den regelmässigen Verlauf der eingetretenen Menses zu stören, als Gelegenheitsursache für die Entstehung einer Haematokele dienen kann; z. B. Fallen, Ausgleiten, Überanstrengung und vor allen Dingen der während der Menses ausgeübte Coitus. Dafür ist ein von Puech veröffentlichter Fall Beweis, wonach eine puella publica, nachdem sie trotz der Regel an einem Tage 15mal die Cohabitation ausgeübt hatte, plötzlich an einer Haematokele retrouterina erkrankte. Durch diesen Fall könnte man sich auch zu der Ansicht Gallards bewegen lassen, dass der zu häufig ausgeübte Coitus ätiologisches Moment für eine Haematokele werden könne; denn diese puella publica übte täglich mindestens 6mal im Durchschnitt den Coitus aus.

Dass eine Erkrankung der Ovorien zu der Entstehung einer Haematokele führen kann, ist durch Sektionsberichte, besonders durch einen Fall von Virchow bewiesen. Direkt nachgewiesen werden konnte eine solche Erkrankung in keinem unserer Fälle. Will man aber indirekt aus Unregelmässigkeiten der Menstruation, Beschwerden verschiedener Art bei oder vor Eintritt derselben einen Schluss ziehen, so war dies in 7 unserer Fälle möglich. Dieser Prozentsatz ist doch zu gering, um sich der schon erwähnten Behauptung von Dock anschliessen zu können.

Als Quelle der Blutung wird jetzt von den meisten Gynäkologen der Tubarabort, seltener das Platzen einer tuba gravida angenommen. Gallard war der erste, der im Jahre 1854 auf dieses Moment aufmerksam machte. Von den deutschen Gynäkologen schlossen sich ihm zunächst Veit und Schröder an, während Fritsch entschieden zu weit geht, wenn er sagt, dass es durchaus nicht mit Sicherheit zu beweisen sei, dass auf irgend eine andere Weise, als durch Unterbrechung einer Tubargravidität eine Haematokele entstehen könne.

Wenn es nun auch entschieden schwer ist, eine Tubarschwangerschaft zu diagnosticieren, weil sie gewöhnlich den 2.—4. Monat nicht überdauert, und wir bei der Diagnose auf die unsichern resp. wahrscheinlichen Zeichen einer Gravidität angewiesen sind, so lässt sich doch in vielen Fällen aus dem Ausbleiben der sonst regelmässigen Menstruation, oder plötzlich eintretenden Unregelmässigkeiten bei Vorhandensein eines Tumors neben dem Uterus, zumal wenn das Wachstum desselben verfolgt werden kann, aus der lividen Färbung der Umgebung des Harnröhrenwulstes und auch aus dem subjektiven Gefühl der Schwangerschaft seitens der Frau die Diagnose auf, graviditas extrauterina stellen.

In 23 von unseren Fällen wurde die Diagnose auf Tubargravidität gestellt; bei 4 von diesen Patientinnen musste die Leparatomie ausgeführt werden, wobei sich die Diagnose als richtig erwies.

Auf eine nähere Besprechung dieser Fälle soll hier nicht eingegangen werden, da über diese in einer anderen Arbeit abgehandelt werden wird. Kurz erwähnt werden soll noch, dass in einem Falle von Olshausen eine Haematokele durch Rückstauung von Blut aus dem Uterus durch die Tube in die Bauchhöhle entstand und dass es bei der heutigen Polypragmasie durch forcierte innere Untersuchungen, Sondierungen etc. durch Zer-

reissung von alten Adhäsionen sehr wohl zu einer Haematokelebildung kommen kann.

Vollständig verschieden sind die Angaben über die Häufigkeit der Haematokele aus den einzelnen Kliniken, wohingegen über das Alter der Patientinnen fast alle Statistiken übereinstimmen. Oberer bringt in seiner Arbeit unter 1225 in der Basler Klinik beobachteten gynäkologischen Krankheitsfällen 22 Fälle von Haematokele;

also ca. 1,96 %.

Seiffert hat unter 1272 Krankheitsfällen 66 von Haematokele;

also über 5 %.

Scanzoni will in seiner 20jährigen Praxis nur 2 Fälle gesehen haben. Und Olshausen hat wohl recht, wenn er sagt, er würde es für glaubwürdiger halten, wenn Scanzoni 200 gesagt hätte.

Nach der Halleschen Klinik beläuft sich die Zahl der Haematokele-Fälle unter ca. 2800 Krankheitsfällen auf 39; also ca. 1,39 %.

Die Altersverhältnisse waren nach Oberer in der Basler Klinik folgende:

1 Kranke mit 18 Jahren
11 „ zwischen 20—30 Jahren
6 „ „ 31—35 „
3 „ „ 36—40 „
1 „ mit 45 „

Unter 50 aus der Königsberger Klinik veröffentlichten Fällen von Haematokele waren:

4 Kranke unter 20 Jahren
14 „ zwischen 20—25 Jahren
13 „ „ 26—30 „
13 „ „ 31—35 „
6 „ über 35 Jahre.

Nach unsern Fällen stellt sich das Verhältnis folgendermassen:

20.—30. Lebensjahr 16
31.—35. „ 6
36.—40. „ 9
40. und darüber 7;

unter den letzten 6 Patientinnen befand sich eine Frau von 68 Jahren.

Die meisten Erkrankungen betreffen also die Frauen um die 30 er Jahre herum, ein Alter, welches Voisin vielleicht nicht mit Unrecht als die Zeit der passion vénérienne bezeichnet.

Zu ganz andern Resultaten ist dagegen Olshausen gekommen, der unter 18 Fällen 9 im Alter vom 40. bis 47. Lebensjahre anführt. Danach erscheint es nicht wunderbar, wenn er die Entstehung der Haematokele mit dem Eintritt des Klimakteriums zusammenbringt.

Ganz unzweifelhaft sicher ist, dass die Haematokele selten bei Frauen vorkommt, deren Genitalapparat noch vollständig unverändert ist, d. h. die noch keine Geburten oder Krankheiten der Geschlechtsorgane durchgemacht haben. Ganz selten ist die Erkrankung bei virgines, wenig vorkommend bei nulliparae — von unsern Patientinnen waren 5 nulliparae. Der Ansicht, dass die Erkrankung nur bei Frauen vorkäme, die schon früher Erkrankungen der Beckenorgane durchgemacht hätten, kann ich mich nicht anschliessen; denn in den 39 Fällen hatte in 6 Fällen früher Abort, in 1 Falle nach dem Abort eine längere fieberhafte Erkrankung, in 1 Fall nach der letzten Entbindung eine „Gebärmutterentzündung“ (eigene Bezeichnung der Patientin) stattgefunden.

Die Symptome der Erkrankung sind meist sehr charakteristisch. Der Beginn ist meist plötzlich, häufig infolge eines erlittenen Traumas, Hebens einer schweren Last, schnellen Niederkniees, Laufens, Fallens u. a. Die Frauen haben oft das Gefühl, als ob etwas im Leibe platze und dann nach unten dränge. Sehr oft zwingt Schüttelfrost, Ohnmacht, Erbrechen, bedeutende Schmerzen

im Unterleibe, seltener nach dem Kreuz, den Schultern oder Beinen ausstrahlend, die Kranken sofort ins Bett.

Ein weiteres Hauptsymptom ist die Blutung. Nach längerer oder kürzerer Menopause tritt plötzlich eine profuse Blutung auf, oder, wenn die Erkrankung während der Menses eintritt, sistieren dieselben sofort, oder werden bedeutend stärker. Der Grad der Blutung, sowie die Dauer derselben ist sehr verschieden; häufig steht die Blutung, sobald die Frauen ruhig im Bette liegen; zuweilen sickert wochenlang dunkelrotes, schmieriges Blut aus. Oft ist die Blutung so stark, dass die Erscheinungen schwerster Anämie auftreten. Dies ist hauptsächlich der Fall, wenn es sich nicht um einfachen Tubenabort, sondern um das Platzen einer tuba gravida handelt.

Die Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane treten erst auf, wenn der Tumor eine festere Consistenz gewinnt: die Stuhlentleerungen werden selten und sind mit starken Schmerzen verbunden; dadurch, dass der Uterus nach vorn gedrängt wird, entsteht Dysurie, häufig auch Strangurie.

Die äussere Untersuchung ergiebt, wenn sie überhaupt wegen der Schmerzhaftigkeit des Abdomens möglich ist, gewöhnlich nichts. Nur in älteren Fällen, in denen schon eine teilweise Gerinnung des ergossenen Blutes eingetreten ist, oder wenn der Tumor eine bedeutende Grösse erreicht, ist er durch die Bauchdecken zu fühlen.

Bei der inneren Untersuchung findet man, dass die Portio meist hochsteht und an die Symphyse angedrängt ist, häufig auch das corpus uteri vorn über der Symphyse steht.

Im Douglas fühlt man, ehe der Bluterguss vollständig abgekapselt ist, eine teigige Resistenz; später ist die Consistenz an den einzelnen Stellen verschieden, an der einen Stelle höckrig, an der andern fluktuierend.

Die Lage des Tumors ist gleichfalls eine wechselnde. Ich kann der Behauptung Schroeders, dem auch Oberer

in seiner Arbeit sich anschliesst, nicht beistimmen, wenn er sagt, der Tumor liege meistens links vom Uterus. In unseren Fällen lag er fast ebenso oft rechts, wie median, am wenigsten links.

Die Prognose ist, obwohl die Symptome der Erkrankung zuweilen recht schwere sind, im Grossen und Ganzen günstig. Die Heilungsdauer ist je nach der Grösse der Geschwulst und je nach der eingeschlagenen Therapie eine verschiedene. Sie wird am Schluss der Besprechung näher erörtert werden.

Der günstigste Ausgang ist die Resorption. Die Geschwulst schrumpft allmälig, die Beckenorgane nehmen, wenn der Tumor nicht zu gross war, ihre normale Lage wieder ein und die Druckerscheinungen schwinden. Häufig aber treten Nachschübe in der Erkrankung auf. Durch die fällige Menstruation, durch zu frühes Aufstehen, Aufsitzen im Bett, innere Untersuchung, mag sie auch noch so vorsichtig vorgenommen werden, tritt häufig eine plötzliche Vergrösserung des vielleicht schon in Schrumpfung begriffenen Tumors ein.

Erfolgt Perforation, so kann dies ins Rektum geschehen; dieses ist der günstigste Fall. Fast ebenso günstig ist der Durchbruch nach der Vagina. Gefährlich ist es aber, wenn der Inhalt des Blutsackes nach der Bauchhöhle sich seinen Weg bahnt; es tritt dann gewöhnlich der exitus an septischer Peritonitis ein, weil der Inhalt der Geschwulst fast immer schon zersetzt ist.

Die Diagnose wird eventuell nur im Beginn der Erkrankung Schwierigkeiten bieten. Eine genaue Anamnese und genaue Beobachtung werden aber auch schon im Anfang zu keiner Fehldiagnose führen. Repräsentiert sich der Erguss erst als Tumor an der bekannten Stelle, werden Irrtümer kaum mehr möglich sein.

Therapie:

Die Haematokele retrouterina wurde in der ersten Zeit nur operativ behandelt. Nélaton sagte in seinem

ersten Vortrage, erwisse nicht, was aus der Haematokele werden solle, wenn nicht operativ eingegangen würde. Die ungünstigen Resultate aber — Voisin hatte 25 % Mortalität aufzuweisen und auch die übrigen 75 % waren wegen der mangelnden Antisepsis nicht ausser Lebensgefahr — bewirkten doch bald, dass man sich abwartend der Sache gegenüber verhielt. Nélaton sagte selbst 2 Jahre später durch die schlechten Resultate bekehrt, man müsse bedenken, dass diese Geschwülste oft durch Resorption schwinden; auf der andern Seite dürfe man nicht vergessen, dass ihre Punktion oft von putrider Infection gefolgt sei; deshalb könne der Arzt gar nicht schwanken, wie diese Geschwülste zu behandeln seien. Dadurch kam es denn, dass man überhaupt nicht mehr operativ vorzugehen wagte, sondern die Geschwulst sich selbst überliess. Winckel operirte niemals; er sagt: „Je frühzeitiger das Vorhandensein der Haematokele erkannt wird, je eher sie in eine zweckmässige Behandlung kommt, je weniger operative Eingriffe gemacht werden, umso günstiger ist die Vorhersage; die Resultate der operativen Eingriffe sind entschieden schlecht zu nennen.

Ein operativer Eingriff ist nur dann gestattet, wenn ein Durchbruch der Geschwulst unvermeidlich ist.“ Ähnlich, drückt sich Schroeder in seinen „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane“ aus. Diese abwartende Methode, die seitdem auf längere Zeit die einzige Therapie bildete, ist im grossen und ganzen heute noch dieselbe wie damals. Die erste Aufgabe muss es natürlich sein, die Blutung möglichst schnell zum Stehen zu bringen, um einer durch schwerste Anämie eintretenden Lebensgefahr vorzubeugen. Wir erreichen dies durch absolute Bettruhe und Applikation der Eisblase oder Priessnitzscher Umschläge auf das Abdomen. Bei sehr unruhigen Patientinnen empfiehlt es sich, das Abdomen durch einen Fixationsverband ruhig zu stellen. Diese Behandlungs-

weise bringt in der Regel die Blutung zum Stehen und macht die Anwendung von Secale, Ergotin etc. unnötig.

Durch die Anwendung der Kälte verschaffen wir uns ferner noch einen anderen grossen Vorteil; wir bekämpfen dadurch etwa sich einstellende peritonitische Entzündungserscheinungen, welche sich durch Schmerzhaftigkeit des Abdomens, oft schon bei leisester Berührung und durch Temperatursteigerung bemerkbar machen.

Sollten diese Schmerzen dem Kranken die absolut nötige Ruhe rauben, so muss man Narcotica geben, Opium und Morphium per rectum oder subkutan.

Die fast stets vorhandene Urinverhaltung und Stuhlverstopfung wird durch Diuretica und Abführmittel, wenn diese nicht wirken, durch Katheter und Klystiere beseitigt; letztere sind aber mit grösster Vorsicht anzuwenden!

Haben wir so die Blutung und etwaige Schmerzen gestillt, Blasenentleerung und Stuhlgang so gut als möglich in Gang gebracht, so muss es unsere nächste Aufgabe sein, den Bluterguss möglichst schnell zur Resorption zu bringen.

Diese wird herbeigeführt durch Anwendung heisser Vaginalausspülungen von 38 -40 ° R., ferner durch warme Sitz- oder Vollbäder.

Von Medicamenten verdienen besonders Jodglycerin und Ichtyol in Form von Tampons angewandt, als vorzüglich hervorgehoben zu werden.

Von der Anwendung des Jodkaliums, sowie von Jodumschlägen und Jodpinselungen war in unseren Fällen kein Erfolg zu sehen.

Neben allen diesen therapeutischen Massnahmen ist natürlich nicht ausser Acht zu lassen, dass man für kräftige Ernährung — am besten flüssige Nahrung Zuführung von Roborantien ev. Analepticis Sorge tragen muss.

Es dauerte jedoch nicht allzulange, so sah man ein,

dass man in manchen Fällen mit dem einfachen exspectativen Verfahren nicht auskam. Das operative Eingreifen wurde wieder in die Praxis eingeführt, aber mit gewissen Beschränkungen. Wiederum war es Nélaton, welcher zwei Indicationen für den operativen Eingriff aufstellte:

1. Stationärbleiben der Grösse des Tumors,
2. Drohende oder bereits eingetretene Eiterung oder Verjauchung.

Von operativen Eingriffen kommen drei in Betracht:

1. Punktion,
2. Incision,
3. Laparatomie.

Récamier operierte so, dass er vom hinteren Scheidengewölbe aus punktierte, die Öffnung soweit erweiterte, dass er mit 2 Fingern den Blutsack bequem ausräumen konnte, einen Compressivverband anlegte und dann täglich 3mal mit heissem Wasser ausspülte.

Ebenso verfuhr Nélaton, nur mit dem Unterschiede, dass er, nachdem er auch die festen Massen aus dem Blutsack entfernt hatte, mit Jodtinktur Ausspülungen machte.

Credé empfahl, die Punktion oder Incision vom Rektum aus vorzunehmen, und zwar, weil die Natur selbst am häufigsten diesen Weg wähle, da in den meisten Fällen eine Perforation vom Douglas aus ins Rectum erfolge.

Demgegenüber ist aber zu bedenken, dass eine solche Perforationswunde eine ganz andere Lage hat, als eine künstliche. Die Perforationswunde durchsetzt schräg von oben nach unten die Wand des Rektums, so dass eine Art Klappe geschaffen wird, wodurch es unmöglich wird, dass Fäkalmassen oder Darmgase in die Wunde und von dieser aus in den Douglas gelangen; es kommt daher auch schwer zu einer Infection.

Ganz anders liegt die Sache bei einer Operationswunde; hierbei ist es nicht möglich, die klappenförmige

Einrichtung nachzuahmen, Fäces und Darmgase haben freien Zutritt zur Wunde, zum Douglas, zum Peritoneum. Die mögliche Folge ist septische Peritonitis und exitus.

Ausserdem kann es bei einer Incision vom Rektum aus — und eine solche würde nötig sein, da durch eine Punktionsöffnung das Blut nicht genügend abfliessen könnte — leicht zu Narbenschrumpfungen kommen, die eine Stenose des Rektums zur Folge haben.

Wegen dieser Nachteile wird diese Operation auch niemals mehr ausgeübt.

Die Punktion von der Vagina aus soll nur vorgenommen werden, wenn das Blut der Haematokele noch nicht coaguliert, sondern noch vollständig flüssig ist; ferner wenn noch keine Eiterung oder Jauchung begonnen hat Man überzeugt sich hiervon am besten vorher durch eine Probepunktion mittels der Pravaz'schen Spritze. Man wird also die Punktion in allen den Fällen mit einigem Erfolge vornehmen können, die frühzeitig zur Behandlung kommen, in denen der Tumor eine bedeutende Grösse erreicht hat und durch Druck auf die Nachbarorgane lästige Störungen im Urinieren und der Defäcation hervorruft. Man benutzt einen ziemlich starken Troikart und stösst denselben — selbstverständlich nach gründlicher Desinfection der Scheide — vom hinteren Scheidengewölbe da ein, wo sich die Geschwulst am meisten vorwölbt und deshalb am leichtesten zu erreichen ist, oder wo sie die weichste Konsistenz darbietet. Um das Operationsfeld sich übersichtlicher zu machen, kann man auch Simon'sche Spekula einführen. Man lässt nun, ohne durch Druck oder Aspiration nachzuhelfen, soviel auslaufen, als durch den Druck, unter dem die Geschwulst steht, ausgetrieben wird.

Zweifelhaft kann man sein, ob man sofort alles Blut auslaufen lassen soll; es bestehen dabei Gefahren. Einerseits wird der Druck, den der Tumor auf seine Seitenwandungen und somit auch auf die Gefässe aus-

übte, plötzlich aufgehoben; es kann zu einer neuen Blutung kommen. Andererseits kann beim Entfernen des Troikarts, wenn die Sackwände nicht schnell genug collabieren, Luft und mit dieser Infectionserreger in die Höhle aspiriert werden, so dass es, wie bei der Punktion vom Rektum aus, zu septischer Peritonitis kommen kann.

Ein vollständiger Erfolg ist von der Punktion wohl in den wenigsten Fällen zu erwarten. In Nr. 18 unserer Fälle wurde punktiert, und durch diese Punktion eine vollkommene schnelle Heilung erzielt. In allen anderen Fällen aber, in denen die Punktion versucht wurde, musste die Incision folgen, weil ein Kleinerwerden der Geschwulst nicht stattfand.

Die Incision wird in folgender Weise vorgenommen: Die Scheide wird sorgfältigst desinficiert, dann werden zur besseren Orientierung Simon'sche Spekula eingeführt. Gewöhnlich wird man der Incision eine Punktion mit dem Troicart vorangehen lassen. Die so gesetzte Punktionswunde wird mit dem geknöpften Messer entweder quer oder in der Längsrichtung erweitert. Schickt man keine Punktion voraus, so geht man vorsichtig präparierend in die Tiefe bis auf die Sackwandung. Die Incisionswunde muss etwa 2—4 cm gross sein, damit man bequem mit 2 Fingern die Gerinsel entfernen kann. Die Ausräumung der Blutcoagula muss vorsichtig, ohne Anwendung von Gewalt, auch nicht mit dem scharfen Löffel oder der Cüratte vorgenommen werden, weil sonst etwa vorhandene Adhäsionen zerrissen werden und neue Blutungen sich einstellen könnten. Zeigen sich deutliche Sackwandungen, so werden dieselben mit 2—4 Knopfnähten mit der Scheidenwand vernäht. Eine Ausspülung des Sackes vorzunehmen, ist nur nötig, wenn der Inhalt sich etwa schon in Zersetzung befindet. Es wird ein Drain eingelegt, die Höhle mit Jodoformgaze tamponiert. 13 von den 39 in der Halleschen Klinik zur Beobachtung gelangten Fällen von Haematokele retrouterina wurden

mit Incision behandelt, in 4 Fällen musste die Laparatomie ausgeführt werden,. in 12 Fällen kam die exspektative Methode zur Anwendung.

Fieber wurde nur in den beiden Fällen Nr. 16 und 23, die im Folgenden besprochen werden, beobachtet. Entschieden zu warnen ist davor, die Incisionsöffnung zu klein anzulegen und sich etwa nur mit dem Ausstopfen mit Jodoformgaze, ohne ein Drain einzulegen, zu begnügen. Es tritt sicher Retention der Sekrete und Jauchung ein.

In 2 unserer Fälle trat ein solches unangenehmes Ereignis ein, in Nr. 16 und Nr. 23.

In Nr. 16 zeigte sich trotz täglicher Vaginalausspülungen mit Acid. boric. plötzlich am 7. Tage eine Temperatursteigerung auf 39,2; es entleerte sich auch aus der Incisionswunde stinkender Eiter. Nach Erweiterung der zu klein angelegten Wunde und gründlichen Ausspülungen fiel die Temperatur schnell wieder zur Norm ab, obwohl die Jauchung noch 7 Tage andauerte.

Ganz ähnlich war es in Fall Nr. 23. Auch hier zeigte sich nach 8 Tagen bei Entfernung der Gazetamponade eine bedeutende Jauchung, die hohe Temperatursteigerung zur Folge hatte und die Heilung verzögerte. Die übrigen mit Incision behandelten Fälle nahmen alle einen durchaus günstigen Verlauf.

Bei Besprechung der Incision ist es wohl lohnenswert, auf die Arbeit Zweifels „Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter“ (Archiv XXII p. 183 ff.) mit einigen Worten einzugehen. Zum Gegenstand seiner Abhandlung macht er die Frage: „ob es nicht möglich sei und auf welche Weise man dahin gelangen könne, eine sicher heilende Methode der Operation zu gewinnen.“

Zweifel weist statistisch an Fällen aus der Litteratur nach, dass die Resultate der exspektativen Behandlungsmethode keineswegs so günstige seien, wie es vielleicht auf den ersten Blick scheinen möchte.

Folgende Statistiken führt er an:

Nach Voisin:

operierte Fälle 37,5 % Mortalität

nicht operierte Fälle 33,3 % „

Nach Barnes: (London obstetr. Transactions Vol. XIII p. 140)

exspektativ behandelte Fälle:

17,0 % Mortalität

Nach Bernutz und Goupil

Punktion: 47 % „

Exspektative Beh. 89 % „

Nach seiner eigenen Zusammenstellung ergiebt sich folgendes Resultat:

Incision: 15,3 % Mortalität

Punktion: 15,1 % „

Exspekt. Beh. 18,4 % „

Durch die ungünstigen Resultate der exspektativen Behandlungsmethode bewogen, tritt Zweifel entschieden für die operative Behandlung ein, ohne die abwartende Therapie für die ganz leichten Fälle von Haematokele zu verwerfen. Aber er will sich nicht darauf beschränken, operativ vorzugehen, nur wenn der Tumor stationär bleibt oder in Jauchung überzugehen droht, sondern wenn er einigermassen gross ist, d. h. wenn er über den horizontalen Schambeinast und das ligamentum Poupartii hinüberreicht. Seine Operationsmethode weicht von der gewöhnlich geübten Incision nur insoweit ab, als er eine fast beständige Irrigation der Wundhöhle stattfinden lässt, und zwar durch ein von ihm speciell hierzu construiertes Drainrohr aus Glas oder Hartgummi. Dieses dient nur zum Einleiten der desinficierenden Flüssigkeit, während der Ausfluss neben der Kanüle, direkt durch die Incisionswunde erfolgen soll. „Ich hege die Hoffnung, sagt Zweifel am Schluss der Beschreibung seiner Methode, dass auf diese Weise gemacht, die Operation der Haematokele nicht mehr so gefährlich ist, als sie bis dahin war,

und dass man dazu übergehen darf, die Indicationen nicht bloss negativ zu bestimmen, d. h. auf die Fälle zu beschränken, wo man nicht länger warten darf, sondern die Indicationen für die Operation zu erweitern".

Obwohl über diejenigen Fälle, in denen die Laparatomie zur Ausführung kam, in dieser Arbeit nicht abgehandelt werden soll, ist es doch nicht zu umgehen, in Kürze auf die Arbeit von Duvelius einzugehen, weil die vermeintlichen Mängel, die er an der Incisionsmethode findet, besprochen werden müssen.

Martin hatte die Laparatomie vorgeschlagen; Zweifel wegen der ungünstigen Resultate und wegen der immerhin gefährlichen Grösse des Eingriffs davor gewarnt. Duvelius versucht die Vorgänge der Laparatomie nachzuweisen, indem er sagt:

1. Eine etwa eintretende Blutung aus irgend einem entfernten Recessus der Geschwulst sei von der Scheide aus, weil man die blutende Stelle nicht erreichen könne, nicht zu stillen.

Max von Strauch erwidert darauf in seiner Arbeit, diese ev. eintretende Gefahr sei am grünen Tisch erdacht.

Das ist absolut nicht der Fall. Wenn auch vielleicht in den meisten Fällen eine derartige Blutung nicht eintritt, so beweist doch ein in der neuesten Zeit in der Hallenser Klinik vorgekommener Fall, dass eine solche unstillbare Blutung sehr wohl eintreten kann. Es wurde von der Scheide aus incidiert, der Erguss entleert und trotz aller angewandten Mittel, Umstechungen, Tamponade, Infusionen von physiol. Kochsalzlösung, subcutan und intravenös, ging die Patientin kurze Zeit nach der Operation unter den Zeichen der schweren Anämie zu Grunde.

Es scheint dieser Vorwurf aber auch der einzig haltbare zu sein; denn der zweite ist vollständig hinfällig: Es sei nämlich eine vollständige Ausräumung der Gerinsel von der Scheide aus nicht zu erreichen.

Wenn man die Incisionsöffnung gross genug anlegt, so kann man mit 2 Fingern genug entfernen, um einen günstigen Heilungsverlauf zu bewirken, wie dies der günstige Ausgang aller unserer Fälle beweist.

Ausserdem muss man bedenken, dass die Laparatomie auch in unserer Zeit immer noch ein gefährlicher Eingriff ist.

In manchen Fällen wird es freilich nicht möglich sein, die Laparatomie zu umgehen. Will man die Indicationen für Incision und Laparatomie abgrenzen, so würde man sagen, in denjenigen Fällen, in denen man annehmen kann, dass der Tubenabort ein vollständiger war, dass das Ei schon abgestorben ist, und keine neue Blutung zu befürchten ist, incidiere man, zumal wenn der Douglas tief herabgedrängt ist.

In den Fällen dagegen, in denen auch nur der Verdacht besteht, die Tubarschwangerschaft könne weiterbestehen, oder das abgestorbene Ei werde in der Tube ganz oder teilweise retiniert, führe man die Laparatomie aus; besonders auch dann, wenn der Blutsack von unten sehr schwer oder gar nicht zu erreichen ist.

Es bleibt nun noch zum Schluss übrig, zu fragen, ob die Heilungsdauer durch einen operativen Eingriff abgekürzt wird oder nicht.

Nach unseren Fällen eine durchschnittliche Heilungsdauer für die exspektative und operative Therapie aufzustellen, ergiebt meiner Meinung nach falsche Resultate; nämlich für exspektative Behandlung 11 bis 12 Tage, für operative: 4 bis 5 Wochen. Es liegt dies entschieden daran, dass nur ganz kleine Blutergüsse nach der exspektativen Methode behandelt wurden; sie kamen also schnell zur Resorption. Zweitens hatten die Patientinnen gewöhnlich nicht Geduld und Zeit, bis zu ihrer vollständigen Heilung in der Klinik zu bleiben, weil die an Haematokele retrouterina erkrankten Frauen fast alle der arbeitenden Volksklasse angehören. Wenn sie auch

aufgefordert wurden, sich in einigen Wochen noch einmal vorzustellen, so haben sie dies doch nicht gethan. Der Aufenthalt in der Klinik nach der Operation betrug im Durchschnitt $3-3^1/_2$ Wochen.

Es liegt jedoch klar auf der Hand, dass, wenn das ergossene Blut abgelassen wird, das doch zu seiner Resorption, wenn der Erguss nur einigermassen gross ist, lange Zeit brauchen würde, die Heilung wenigstens um einige Wochen abgekürzt werden muss. Die Incisionswunde heilt schnell per primam.

Deshalb ist der operativen Methode entschieden der Vorzug zu geben, zumal es sich, wie schon erwähnt, gewöhnlich um Frauen der niederen Volksklassen handelt, die auf ihrer Hände Arbeit angewiesen sind, nicht lange Zeit haben sich zu schonen oder gar einige Wochen bis $^1/_4$ Jahr zu Bett zu liegen.

Und von den operativen Eingriffen verdient wieder die Incision wegen der Ungefährlichkeit und Einfachheit und ihrer immerhin günstigen Resultate den Vorzug.

Kranken-Geschichten.

NB. Die in () befindliche Zahl giebt die Nummer der Tabelle an.

Fall 1 (2) 1887 J. No. 256.

Frau P. S. 43 Jahre alt.

Menses immer regelmässig. 10 normale Geburten; 1 Abort vor 16 Jahren. Die letzte Regel hatte sie 9 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik.

Plötzliche Erkrankung beim Heben einer schweren Last. Dabei Gefühl des Knackens im Leibe. Ohnmacht. Schüttelfrost.

Rechts hinter dem Uterus bis in die linke Beckenhälfte hineinragend befindet sich ein fester unbeweglicher Tumor mit glatter Oberfläche. Er füllt die rechte Beckenhälfte fast ganz aus und wölbt sich in die Vagina hinein vor. Auf Druck empfindlich.

Diagn.: Haemat. retr. infolge Tub. gr.

Therapie: Incision. „Curettement."

Es werden geringe Massen von bröcklicher Beschaffenheit entfernt, die das Aussehen von Chorionge webe haben. Jodinjection. Glatter Verlauf.

Fall 2 (4).

Frau E. B. 41 Jahre alt. 1887. J. No. 393.

Menses immer regelmässig. Sie hat 3 mal normal geboren. Die letzte Menstruation 8 Wochen vor ihrer Aufnahme.

Beim Heben eines schweren Gegenstandes fühlte sie plötzlich starke Schmerzen im Unterleibe. Zugleich bemerkte sie einen unangenehmen Druck auf Blase und Mastdarm. Der Unterleib blähte sich auf.

Die innere Untersuchung ergiebt, dass das hintere Scheidengewölbe stark herabgedrängt ist, durch einen prallen Tumor mit einzelnen Höckern von Taubeneigrösse. In der Mitte reicht der Tumor bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels und zeigt hier keine höckrige Beschaffenheit.

Die Portio steht hoch oben hinter der Symphyse nach vorn gerichtet.

Therapie: Nach vorgenommener Probepunktion wird der Tumor von der Vagina aus eröffnet durch einen ca. 3 cm langen Schnitt. In hohem Bogen fliesst schwarzes Blut ab; Coagula werden entfernt. Starke arterielle Blutung aus der Schnittwunde. Tamponade mit Jodoformgaze. Druckverband.

Puls und Temperatur normal. Tumor schnell verschwunden. Geheilt entlassen.

Fall 3 (14).

Frau Chr. P. 35 Jahre alt. 1889. J. No. 211.

Aufnahme 28. 8. 89. Entlassung 12. 11. 89.

Einige Tage vor Eintritt der sonst regelmässigen Menses Schmerzen im Kreuz. 3 normale Geburten. Letzte Regel vor 11 Wochen. Patientin fühlte sich schwanger. Plötzliche Erkrankung nach 8 wöchentlicher Menopause mit Schwindel und Bewusstlosigkeit. Schüttelfrost. Stiche in der rechten Seite.

Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen beträchtlichen Tumor von elastischer Beschaffenheit herabgedrängt; er füllt hauptsächlich die rechte Beckenhälfte aus. Nach oben überragt er 2 — 3 Querfinger den Beckeneingang.

Diagnose: Haematok. retrout. infolge gepl. Tubargravidität.

Die Behandlung mit Bettruhe, Priessnitz und Eisblase ist resultatlos. Die Schmerzen steigern sich bedeutend, besonders in der Lebergegend. Der Tumor vergrössert sich bedeutend, reicht bis zum Nabel. Temperatur 39,3. Es zeigt sich ein leichter Ikterus, der aber bald wieder verschwindet.

Da die Temperatur nicht abfällt und abendliche Steigerungen beobachtet werden, Blase und Rektum bedeutend durch den Tumor comprimiert werden, deutlich Fluktuation nachzuweisen ist,

so wird, da eine Verjauchung des Tumorinhaltes zu befürchten ist, die Incision von der Vagina aus beschlossen.

Am 10. 9. haben sich die Schmerzen noch bedeutend gesteigert. Tumor vergrössert. Incontinentia urinae. Zeichen einer frischen Peritonitis. Temperatur 38,7.

Die Probepunktion ergiebt reines Blut. Die hintere Vaginalwand wird darauf in einer Länge von 4 cm in der Mittellinie durchtrennt. Stumpfes Vorgehen. Erweiterung der Wunde mit einer Kornzange. In der Höhle eine blutige Flüssigkeit und viele Gerinsel.

Naht. Priessnitz; Eisblase. Tägliche Ausspülungen mit Borsäure. Desinfection der Vagina mit Sublimat. Der Tumor schwindet allmählig. Kein Fieber. Glatte Heilung.

Fall 4 (16) 1890. J. N. 167.

Frau E. H. 21 Jahre alt. Nullipara. Aufnahme 7. 6. 90. Entlassung 10. 7. Menses bis vor 3 Jahren regelmässig, sehr stark, seitdem auch noch regelmässig, aber bedeutend schwächer.

Mitte März hat Patientin vom Ehemann einen Stoss gegen den Leib erhalten. Zeitweise heftige Schmerzen im Unterleibe. Drängen nach unten besonders bei Anstrengungen. Obstipation, Schmerzen beim Stuhlgang.

Am 13. April abermals Stoss gegen den Unterleib. Sofort starker Blutabgang. Seitdem anhaltende Blutung von wechselnder Stärke. Übelkeit, Ohnmacht, wehenartige Schmerzen im Abdomen.

Mit Anfang Mai bemerkt Patientin einen Knoten rechts im Unterleibe, der allmählig zunahm und auf Druck schmerzhaft ist. Seit dieser Zeit starke Schmerzanfälle mit Blutabgang; täglich Schüttelfrost von ca. $^1/_4$ stündiger Dauer. Die innere Untersuchung. ergiebt, dass die hintere Vaginalwand durch einen cystischen Tumor stark vorgewölbt, und der Uterus nach rechts verlagert ist. Der Tumor erstreckt sich im Douglas nach links und oben und füllt das ganze kleine Becken aus.

7. 6. wird bei der Punktion etwa $^1/_4$ l. theerartiges Blut entleert. Da der Tumor nicht kleiner wird, so wird am

22. 6. die Incision von der Vagina aus vorgenommen. Behandlung wie gewöhnlich.

Am 29. 6. plötzliche Temperatursteigerung bis 39. 2. Puls 120, Incisionsöffnung zu klein, wird erweitert. Entleerung stinkenden Eiters. Ausspülungen. Temperaturabfall zur Norm. Glatte Heilung.

Fall 5. (18) 1890. J. N. 216.

Frau W. F. 36 Jahre alt.

Aufgenommen 13. 8. 90. Entlassen 28. 8. Über ihre Menses kann Patientin, da sie sehr dement ist, nichts genaues angeben.

Sie hat 2 mal normal geboren. Vor 3 Wochen drückende, reissende Schmerzen im Unterleib, angeblich mit Fieber. Einige Tage später Verschlimmerung. Kreuzschmerzen, drängen nach unten. Seit acht Tagen Obstipation, Dysurie. Seit 2 Tagen gehen Flatus nicht mehr ab.

Bei der inneren Untersuchung findet sich der Uterus der vorderen Bauchwand anliegend. Das ganze kleine Becken ist ausgefüllt von einem festen Exsudat, welches nur an wenigen Stellen nach rechts hin fluktuiert. Die hintere Vaginalwand ist zungenförmig vorgedrängt. Am 15. 8. wird mit dem stärksten Troicart punktiert. Er wird $^1/_4$ l. braune, ziemlich dicke Flüssigkeit entleert. Sofort Nachlassen der Beschwerden. Besserung des Allgemeinbefindens. Schnelle Schrumpfung des Tumors. Geheilt entlassen.

Fall 6. (19) 1890. J. N. 396.

Frau E. B. 34 Jahre alt.

Aufgenommen 28. 1. 91. Entlassen 11. 2. 91. Die Menses waren stets regelmässig; die letzten am 5. 1. anfangs wässrig dann von gewöhnlicher Beschaffenheit. 8 tägig. Übelkeit, Schüttelfrost. Puls 150. Am 4. Tage Wiederholung der Fröste, Schmerzen im Kreuz und Schultern; später krampfartig im Abdomen.

5. 1. Allgemeinbefinden besser. Abdomen aufgetrieben, bei Druck empfindlich. Aus dem Rektum fliesst wasserheller Schleim aus, aus der Vagina eine gelbliche Flüssigkeit. Bei der inneren Untersuchung findet sich hinter dem Uterus ein kindskopfgrosser Tumor, den Douglas ausfüllend; ausserordentlich druckempfindlich; deshalb ist seine Consistenz kaum sicher festzustellen.

Da die Schmerzen bedeutend zunehmen, ebenso der Druck auf das Rektum, wird am

30. 1. die Incision von der Vagina aus ausgeführt. Der Finger gelangt in der Tiefe auf fibrinöse Schwarten.

Jodoformgaze. Drainage. Subjectiv grosse Erleichterung.

Am 2. 2. ist der Tumor fast ganz verschwunden. Geheilt entlassen.

Fall 7. (23) 1891. J. N. 82

Frau E. B. 38 Jahre alt.

Aufgen. 3. 5. 92. Entlassen 29. 6. 92. Patientin hat 3 Geburten durchgemacht. Die Menses waren stets regelmässig ohne Beschwerden. Die letzte Regel vor Ende Februar. Da eine 7 wöchentliche Menopause eintrat, fühlte sich Patientin schwanger. Am 12. 4. traten beim Heben einer schweren Last heftige krampfartige Schmerzen im Leibe auf. Ohnmacht. Grosse Mattigkeit, so dass sie das Bett aufsuchen musste. In den folgenden Tagen

stellten sich heftige krampfartige Schmerzen 6 bis 8 mal täglich 5 bis 10 Minuten dauernd ein. Zugleich Blutung, die bis zur Aufnahme andauert. Dysurie. Stuhl regelmässig.

Die innere Untersuchung ergiebt, dass die hintere Scheidenwand und der Douglas stark herabgedrängt ist durch einen elastischen Tumor, der allseitig bis nahe an die Beckenwand reicht. Die Portio liegt plattgedrückt dicht hinter der Symphyse nach unten gerichtet. Corpus uteri etwas nach links verlagert. Die Therapie war bis zum 2. 6. eine exspektative. Bettruhe, Priessnitz. Da jedoch keine Besserung eintrat, so wurde am 2. 6. von der Vagina aus breit incidiert. Ausräumen der Coagula und Ausstopfen mit steriler Gaze. Die am 10. 6. herausgenommene Gaze hat einen üblen Geruch. In den nächsten Tagen starke Jauchung des retinierten Sekretes. Fieber. Temperatursteigerung. Wiederholte desinficierende Ausspülungen.

Danach Temperaturabfall zur Norm. Bedeutende Besserung 29. 6. entlassen.

Fall 8 (30). 1893, J. No. 166.

Frau S. 40 Jahre alt.

Aufnahme 23. 8. 93. Entlassung 18. 9.

Menses waren stets regelmässig. Patientin hat 9 Geburten durchgemacht, 2 mal abortiert. Die letzte Regel war am 12. 5. Seit 20. 6. traten Spuren von Blutung auf. Schmerzen im Unterleibe und Kreuz. Seit Ende Juni schwere Blutung. Seit 10. 7. schwere Magen- und Unterleibskrämpfe. Kreuzschmerzen, Fieber. Druck auf die Blase. Brennen und Schmerzen beim Urinieren und bei der Defäkation. Das Abdomen ist stark aufgetrieben. 3 Querfinger über der Symphyse fühlt man einen Tumor von weicher Consistenz. Die Portio ist bis auf 1 Finger breit der Symphyse genähert durch einen Tumor, der den Douglas ausfüllt. Uterus und Blase sind durch den Tumor, der besonders die linke Beckenhälfte einnimmt, stark nach rechts verlagert.

Diagnose: Haematokele retrouterina infolge geplatzter Tubenschwangerschaft.

Therapie: Am 23. 8. wird wegen der hohen Temperatur, 40,2 und der Hinfälligkeit der Patientin das hintere Scheidengewölbe durch einen 3 cm langen Schnitt dicht an der Grenze der Portio eröffnet. In der Wunde stellt sich das bläulich verfärbte Peritoneum des Douglas ein.

Die Wunde wird stumpf erweitert; dunkles übelriechendes Blut fliesst ab. Gerinsel entfernt. Ausspülen mit 1% Borsäurelösung. Jodoformgazetamponade. Lange Zeit blutig wässriger

Ausfluss. Am 15. 9. ist der Tumor vollständig verschwunden. Allgemeinbefinden gut. Geheilt entlassen.

Fall 9 (31). 1893, J. No. 151.

Frau E. A. 37 Jahre alt.

Aufgen. 28. 2. 94. Entlassen 31. 10.

Menses stets regelmässig. 3 Geburten. 1 Abort.

6 Tage nach der letzten Menstruation ohne besondere Veranlassung neue Blutung, anfangs schwach, bald stärker werdend mit Abgang von Stücken und Fetzen. Keine Beschwerden. Die Blutung wiederholte sich in ein- bis zweitägigen Pausen. Durch die andauernde Blutung ist Patientin sehr matt.

Urinieren und Defäcation ohne Beschwerden. Das Abdomen ist wenig aufgetrieben. In den hinteren Teilen findet sich eine Resistenz, die aus dem kleinen Becken hervorragt.

Die Portio ist etwas nach links von der Mittellinie dicht hinter der Symphyse fühlbar. Der Uterus liegt ca. 2 Finger breit über dem Schambogen deutlich anteflectiert. Die Portio ist vorgedrängt durch einen im Douglas beginnenden das ganze kleine Becken ausfüllenden Tumor von weicher Consistenz.

Diagnose: Haemat. retr. Grav. tub.

Die exspektative Behandlung mit Bettruhe und Priessnitz bis zum 28. 9. ist ohne nennenswerten Erfolg. Am 28. 9. wird rechts hinter der Portio ein dickes Troicart eingestossen; es fliesst dickes fast geronnenes Blut aus. Erweiterung der Wunde mit dem geknöpften Messer. Die Sackwand wird mit der Scheidewand vernäht. Aus dem Sack wird mit Schwämmen so viel als möglich von den Gerinseln herausgewischt. Drain eingelegt. Neben demselben Jodoformgaze. Am 4. 10. Entfernung der vollständig geruchlosen Gaze. Tägliche Ausspülungen. Heilung.

Fall 10 (38). 1894 J. No. 220.

Frau M. L. 26 Jahre alt.

Aufgenommen 12. 9. 94. Entl. 22. 10.

Menstruation stets regelmässig. 4 normale Geburten. Da seit der letzten Regel am 14. 7. bis zum 24. 8. Menopausen ein getreten ist, hält sich Patientin für schwanger. Seit dem 24. 8. schwache aber anhaltende Blutung, seit September stärkere Blutung. Abgang von Fetzen und Stücken. Auf Secale Stehen der Blutung; seit 19. 9. erneute Blutung. Als sie beim Stuhlgang sehr pressen musste, plötzlich intensive Leibschmerzen, Drängen nach unten. Mehrmals Erbrechen. Urinverhaltung. Portio steht dicht hinter der Symphyse. Hinter derselben wurstförmig sich vorwölbend quer über den Douglas laufend eine weiche, sehr empfindliche Resistenz. Uterus anteflectiert. Links an den Uterus sich anschliessend fühlt

man eine sehr empfindliche Resistenz, die sich seitlich nach dem Becken hin erstreckt etwa 3 Finger breit unter dem Poupartschen Bande von weicher fluktuierender Consistenz.

Diagnose: Haem. rétr. Grav. tub. Zuerst Priessnitz und Eisblase. Ziemlich hohes anhaltendes Fieber, Resistenz erheblich grösser geworden.

Am 5. 10. Abgang reichlicher Blutmengen aus dem After. Der Tumor scheint sich zu verkleinern. Da aber viel frisches Blut abgeht, und sich nahe der Plica Douglasii eine kleine Perforationsöffnung zeigt, wird um die Verjauchung zu verhindern, am

6. 10. die Incision gemacht.

Reichliche Mengen von Blutgerinseln ausgeräumt mit Schwamm und Finger. Die Sackwandung mit der hintern Vaginalwand vernäht. Drainage. Jodoformgazetamponade.

Ausspülungen an den folgenden Tagen mit übermangansaurem Kali.

Am 20. 10. ist die Wunde vollständig verklebt.

Auf Wunsch wird Patientin am 22. 10. mit Tampon entlassen. Am 24. 10. Tampon entfernt. Keine Beschwerden mehr.

Fall 11 (33). 1894 J. No. 108.

Frau S. 32 Jahre alt.

Aufgen. 11. 6. Entl. 7. 7.

Menses stets regelmässig. 6 Geburten. Letzte Regel am 21. 4. Am 23. 5. nachdem tags zuvor eine schwache Blutung stattgefunden hat, wieder starke Blutung. Schwarzwerden vor den Augen, Schwäche, heftige Schmerzen im Leibe besonders beim Wasserlassen, das sehr erschwert ist. Dauernde Blutung.

Diagnose: Haemat. retrout. Grav. tub. Abdom. unterhalb des Nabels mässig vorgewölbt durch eine ca. 4 Finger unterhalb des Nabels reichende teils fluktuierende, teils härtere Resistenz, die namentlich in der Mittellinie druckempfindlich ist.

Portio ist hoch an die Symphyse angedrängt. Uterus steht 4 Finger breit über der Symphyse, eingebettet in eine mächtige den Douglas ausfüllende und ausdehnende Geschwulst.

Bei eingeschlagener exspektativer Therapie wächst der Tumor bis zum Nabel.

Die Punktion ergiebt dunkles flüssiges Blut. Darauf breite quere Spaltung. Entleerung von mannesfaustgrossen Coagulis und flüssigem Blut.

Jodoformgazetamponade. Druckverband. Leichter Stuhlgang. Kein Fieber.

Sekret nicht übel riechend.

Vaginalausspülungen mit 1 % Lysol. In Heilung völlig wohl entlassen.

Fall 12 (34). 1894 J. No. 118.

Frau G. 30 Jahre alt.

Aufgen. 20. 6. 94. Entl. 17. 7. 94.

Periode stets regelmässig. 3 Geburten. Letzte Regel am 5. 5. Patientin fühlte sich gravid bis 6 Wochen nach der letzten Regel die Menses wieder auftreten mit krampfartigen Schmerzen.

Darauf befand sich Patientin 3 bis 4 Tage lang wohl.

Plötzlich bei der Arbeit auf dem Felde beim Bücken Schwächegefühl, keine Schmerzen, geringe Blutung. Obstipation. Später stechende Schmerzen im Leibe. Nach 3 Tagen Wiederholung des Anfalles.

Abdomen sehr vorgewölbt; die abhängigen Partieen stark ödematös ebenso die Füsse.

Vagina sehr verengt durch eine ziemlich feste aber fluktuierende Resistenz, die namentlich den Douglas vorbuchtet, aber auch den Uterus beiderseitig umgiebt. Der Uterus steht 4 Finger breit über der Symphyse.

Diagnose: Haematok. retrout. Grav. tub. Therapie: Bettruhe. Eis. Ödeme verschwinden. Tumor erreicht am 25. 6. den Nabel. Deshalb am selben Tage breite Incision des Blutsackes möglichst nahe hinter der kaum erreichbaren Portio. Es entleert sich ca. 1 l. dunkelschwarzes klumpiges Blut.

Umsäumung der Wunde durch 5—6 Seidennähte.

Jodoformgaze u. Drainage. Nächste Tage Wohlbefinden, keine Temperatursteigerung.

6. 7. Entfernung des Drains. Abgang foetider, missfärbener Gerinnsel ebenso am 8. 7.

Desinficierende Ausspülungen. 11. 7. Entfernung des Drains. Ausspülungen.

17. 7. geheilt entlassen. —

Als Ergänzung füge ich noch die Krankengeschichte des lethal verlaufenen, auf Seite 21 citierten Falles an.

Jahrgang 94/95. J. No. 101.

Aufnahme 18. 6. 95. † 28. 6. 95.

Menses stets regelmässig. Patientin hat 6 normale Geburten durchgemacht, Wochenbetten stets normal ohne Fieber.

Schon in der letzten Schwangerschaft hatte Patientin mehr Schmerzen als früher; doch war sie nicht bettlägerig. Keine

Blutung in der Schwangerschaft. Die Geburt dauerte 3 Stunden; Kind kam tot. Wochenbett 14 Tage, ohne Fieber.

Seit dieser Geburt leidet Patientin an starkem Schwindel. Die erste Regel nach der Entbindung hatte sie Anfang November. Seitdem stellten sich unregelmässige Blutungen ein mit Pausen von 8 bis 14 Tagen. Vom 22. April bis 6. Juni fand keine Blutung statt. Seit dem 6. Juni blutet sie andauernd. Seit 3 Wochen starke Schmerzen beiderseits im Abdomen; Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Stuhlgang angehalten, keine Urinbeschwerden. (Häufiges Herzklopfen und Ohnmachten.)

Innere Untersuchung.

Portio in der Führungslinie. Muttermund etwas weicher, als normal. Uterus liegt etwas nach rechts, scheinbar nicht vergrössert. Nach hinten links vom Uterus fühlt man einen Tumor von mässiger Consistenz, der auch von aussen auf der linken Seite fühlbar ist.

Berührung desselben ist schmerzhaft. Bei der klinischen Untersuchung am 25. 6. 95 findet sich bis 3 Finger über der Symphyse eine harte, nicht fluktuierende, schmerzhafte, wenig bewegliche Resistenz. Abgang frischen Blutes aus der Scheide. Portio in der Führungslinie. Muttermund klaffend. Cirvixschleimhaut stark gewulstet. Im linken Vaginalgewölbe ein fluktuierender Tumor; seitlich härter, geht bis zur Beckenwand. Er hängt nicht mit dem von aussen zu fühlenden zusammen und hat andere Consistenz.

Therapie: 18. bis 25. 6. Bettruhe. Priessnitz. 25. 6. klinische Vorstellung. Collaps. 28. 6. in Äthernarkose punctio et incisio a vagina.

Operation: Es wird zunächst entsprechend der weichsten Stelle der Geschwulst ein Troikart eingestossen. Aus demselben entleert sich dunkel flüssiges Blut. Stichöffnung wird mit einem geknöpften Messer nach rechts und links erweitert, der Troikart entfernt; dabei sehr heftige Blutung, die z. T. aus der Schnittwunde, z. T. aus dem Sack zu kommen scheint.

Es wird versucht, die erstere durch Umstechung zu stillen. Dieses gelingt langsam und unvollkommen. Da die Patientin sehr viel Blut verliert und der Puls frequent und klein wird, wird Sack und Scheide fest mit Jodoformgaze austamponiert. Puls kaum fühlbar. Mehrere Kampferspritzen. Tieflegung des Kopfes und subcutane Injection von ca. 500 cm.^{3} physiol. Kochsalzlösung.

Trotzdem wird der Puls immer weniger fühlbar, Herzthätigkeit frequenter, Farbe immer blasser, Atmung beschleunigt und oberflächlich. Dargereichten starken Thee und Cognac schluckt Patientin nicht.

Letzter Versuch: intravenöse Kochsalzinjektion. Während derselben tritt der exitus ein.

Sectionsergebnis: Innere Verblutung aus der rupturierten Tube. Allgemeine Anämie.

Tabellarische Zusammenstellung

sämtlicher von 1887—1894

in der

Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik

zu Halle a. S.

zur Beobachtung gekommenen Fälle

von

Haematokele retrouterina.

lfde. No.	Jahr.	J.-No.	Alter.	Verheiratet oder ledig?	Geburten.	Aborte.	Menses: regelm.	Menses: unregelm.	Zeit der Erkrankung: Zwischen den Menses.	Während der Menses.	im direkt. Anschluss an die Menses.	Nach Ausbleiben d. Menses. wie lange?	Angebliche Ursache der Erkrankung.	Diagnose.	Frühere ähnliche Erkrankungen.	Therapie.
1	87	124	30	verh.	6	—	regelm.	—	1	—	—	—	?	H r.	—	exspektativ. Bettruhe. Jodumschläge.
2	87	256	43	verh.	10	1	regelm.	—	—	—	—	9 Woch.	?	H. r. infolge einer Tub. Schwangerschaft.	—	Incision. Curettement. Jodinjection.
3	87	387	30	verh.	2	—	regelm.	–	–			6 Woch.	Heben einer schwer. Last	H. r. Grav. tub.	—	exspektativ. Bettruhe. Eisblase. Priessnitz.
4	87	393	41	verh	3	—	regelm.	—	—	—	—	8 Woch.	Heben einer schwer. Last	H. r. Grav. tub.	—	Probepunction. Incision von der Vagina aus.
5	88	125	30	verh.	5	—	regelm.	—	—	—	—	6 Woch.	?	H. r. Grav. tub.	—	Laparatomie.
6	88	132	29	verh	1	4 stets im 2. Mon.	regelm.	—	—	—	—	7 Woch.	?	H. r. Grav. tub	—	exspektativ. Opium. Eisblase. Fixation des Abdomens. Analeptica.
7	88	257	36	verh.	6	—	regelm.	—	—	—	…	5 Woch.	Ausgleiten.	H. r	—	exspectativ. Bettruhe. Opium. Priessnitz.
8	88	312	29	verh.	3	—	regelm	—	–	—	1	—	Schnelles Niederknieen	H. r.	Parametritis	Heisse Douchen. Warme Sitzbäder. Jodumschläge. Jodglycerin. Priessnitz.
9	89	17	32	—	—	—	?	?	?	?	?	?	?	H. r.	—	Schon am nächsten Tage auf Wunsch entlassen.
10	89	39	24	verh.	3	—	regelm.	—	—	1	—	—	Schnelles Laufen.	H. r. Grav. tub.	—	Bettruhe. Eisblase. Priessnitz.
11	89		25	verh.	2	—	regelm.	—	—	—	-	6 Mon.	Fallen.	H. r.	—	Bettruhe. Resorbentien.
12	89	92	23	verh.	1	—	regelm.	—	—	1		—	Schw. Heben.	H. r.	—	Bettruhe. Eisblase.
13	89	107	41	verh.	4	2	regelm.	—	1	—	–	–	?	H r.	—	Bettruhe. Eisblase.
14	89	211	35	verh	3	—	regelm.	—	—	..	—	11 Woch.	?	H. r. Grav. tub.	—	Zuerst Bettruhe, Eisblase, Priessnitz; dann Incision von der Vagina aus.
													?			Bettruhe. Priessnitz.

17	90	156	40	verh.	4	—	regelm.	—	–	—	—	5 Woch.	?	H. r.	—	Bettruhe. Jodglycerin-tampons.
18	90	216	36	verh.	2	—	—	unregelm.	—	—	—	—	?	H. r.	—	Punction.
19	90	396	34	verh.	7	—	regelm.	—	1	–	—	—	Lang. Stehen u. Anstreng. währ. einer Entbindg.	H. r.	–	Incision.
20	91	14	37	verh.	5	—	—	unregelm.	—	—	—	17Woch.	?	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Priessnitz.
21	91	68	41	verh.	6	—	regelm.	—	1	—	—	–	–	H. r.	—	Bettruhe. Priessnitz.
22	91	57	24	verh.	—	1	regelm.	—	—	—	—	8 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	Seit d Abort vor 2 Jah. fieberh. Erkrankg. 6 Woch. bettläg.; 13 Woch. arbeitsunfähig.	Bettruhe. Priessnitz.
23	91	82	38	verh.	3	—	regelm	—	–	—	—	8 Woch.	Schw. Heben.	H. r. Grav.tub.	—	Zuerst Bettruhe, Priessnitz; dann Incision.
24	91	87	33	verh.	8	—	regelm.	—	—	—	—	8 Woch.	—	H. r.	—	Bettruhe. Priessnitz.
25	91	102	39	verh	4	—	regelm.	—	—	—	—	—	–	H. r. Grav.tub.	—	Priessnitz. Bettruhe.
26	91	225	?	ledig.	—	—	regelm.	—	—	1	—	—	—	H. r.	—	Bettruhe. Priessnitz. (Perforat. ins Rectum.)
27	92	242	39	verh.	4	—	regelm.	–	1	—	—	—	—	H. r. Grav.tub.	—	Laparatomie.
28	92	288	28	verh.	1	—	regelm.	–	—	—	—	10Woch.	—	H. r. Grav tub.	—	Laparatomie.
29	93	151	37	verh.	1	—	regelm.	—	—	—	—	6 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Priessnitz.
30	93	166	40	verh.	9	2	—	unregelm.	—	—	—	3 Mon.	—	H. r. Grav.tub.	—	Incision.
31	93	220	26	verh.	1	—	regelm.	—	1	—	—	—	—	H. r. Grav.tub. (?)	—	Bettruhe. Incision. Fixationsverband.
32	93	245	28	verh.	–	—	regelm.	—		—	–	8 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Priessnitz.
33	94	108	32	verh.	6	—	regelm.	—	—	—	–	7 Woch.	–	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Priessnitz. Punction. Incision.
34	94	118	30	verh.	3	—	regelm.	—	–	–	—	6 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Eisblase. Incision
35	94	121	31	verh.	—	—	—	unregelm.	—	—	—	8 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Laparatomie.
36	94	161	68	verh.	6	—	regelm.	—	—	—	—	20jährige Menop.	Schw. Arbeit.	H. r.	Prolapsus uteri.	Bettruhe. Probepunktion.
37	94	205	35	verh.	3	1	regelm.	—	1	—	—	—	—	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Priessnitz. Punction. Incision.
38	94	220	26	verh.	4	—	regelm.	–	–	—	–	6 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Bettruhe. Eisblase. Incision.
39	95	101	31	verh.	6	—	regelm.	—	—	–	—	6 Woch.	—	H. r. Grav.tub.	—	Incision.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Fehling, für die gütige Überlassung des Materials, für seine stets mit grösster Liebenswürdigkeit gewährte Unterstützung und die freundliche Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Benutzt wurde:

Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1893.

Schröder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane 1890.

Billroth und **Lücke,** Handbuch.

Virchow, Die krankhaften Geschwülste.

Im Text citierte Arbeiten.

1. **J. Kuhn,** Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe. Diss. Zürich 1871.
2. **Dock.** Über Haematokele retrouterina im Zusammenhang mit den Ovarialerkrankungen. Diss. Zürich 1876.
3. **Oberer.** Beitrag zur Lehre von der Haematokele retrouterina u. dem Haematoma periuterium. Diss. Basel 1894.
4. **Schmidt's** Jahrbücher der in- und ausländischen Medizin. Jahrgang 1862 Bd. 115 p. 212.
5. **Olshausen,** Archiv für Gynäkologie III.
6. **Weiss,** 50 Fälle von Haematokele retrouterina. Diss. Königsberg 1889.
7. **Duvelius,** Archiv für Gynäkologie Bd. XXIII.
8. **Credé,** Monatsschrift für Geburtskunde IX.

Lebenslauf.

Verfasser Johannes Elschner wurde am 12. September 1869 als Sohn des Pastors E. Elschner zu Prettin a. E. geboren.

Seine Schulbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Wittenberg, wo er Ostern 1891 das Zeugnis der Reife erhielt. S.-S. 91 besuchte er die Universität Greifswald, W.-S. 91/92—S.-S. 93 studierte er in Leipzig, wo er am Schluss des W.-S. 92/93 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im W.-S. 93/94 begab er sich nach Halle, wo er seiner Militärpflicht ein Halbjahr mit der Waffe genügte. Am 2. August bestand Verfasser das Examen rigorosum.

Während seiner Universitätszeit hörte er die Vorlesungen folgender Docenten:

Greifswald: Müller, Solger, Schmitz (†).

Leipzig: Altmann, Doederlein, His d. Ältere, His d. Jüngere, Karg, Leuckart, Ludwig (†), Urban, Wiedemann, Wislicenus.

Halle: Ackermann, v. Bramann, Behring, Fehling, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, v. Mering, Oberst, Pott, Weber.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei drohendem Abort ist höchstens eine leichte Suggestiv-Scheiden-Tamponade gestattet.

II.

Die guten Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie müssen jeden Arzt veranlassen, diese Therapie anzuwenden.

III.

Bei Distorsionen ist die Massage jeder anderen Behandlung vorzuziehen.